UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 53

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'OPERATION DE DÜHRSSEN

COMME PROCÉDÉ DANS LES

ACCOUCHEMENTS MÉTHODIQUEMENT ACCÉLÉRÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1914

PAR

René DELGRANGE

Né à Landas (Nord), le 5 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur adjoint, *Président.*
PUECH, professeur adjoint.
P. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*
MASSABUAU, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

DE

L'OPÉRATION DE DÜHRSSEN

COMME PROCÉDÉ DANS LES

ACCOUCHEMENTS MÉTHODIQUEMENT ACCÉLÉRÉS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 53

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE L'OPERATION DE DÜHRSSEN

COMME PROCÉDÉ DANS LES

ACCOUCHEMENTS MÉTHODIQUEMENT ACCÉLÉRÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

René DELGRANGE

Né à Landas (Nord), le 5 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur adjoint, *Président.*
PUECH, professeur adjoint.
P. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*
MASSABUAU, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	Doyen.
	SARDA	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., *présid.* | MM. P. DELMAS, *agrégé.*
PUECH, professeur-adjoint. | MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

Nous nous efforcerons de marcher sur ses traces et d'exercer notre profession avec la même intelligence, la même dignité et la même abnégation.

A MA MÈRE

Hommage de notre piété filiale et de notre vive reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Et en particulier au Docteur Havet pour ses conseils et ses encouragements, sans oublier le précieux concours qu'il prêta à notre père durant ces dernières années.

R. DELGRANGE.

À LA MÉMOIRE DE MES AÏEUX

FRANÇOIS-J.-B. TRIBOLET DE MIRAUMONT

MAITRE CHIRURGIEN, OFFICIER DE SANTÉ, MÉDECIN DE L'HOPITAL D'ORCHIES

Mort en 1823

JEAN-FRANÇOIS TRIBOLET DE MIRAUMONT

MAITRE CHIRURGIEN, OFFICIER DE SANTÉ

Mort en 1858

ALBÉRIC-CAMILLE TRIBOLET DE MIRAUMONT

DOCTEUR EN MÉDECINE

Mort en 1890

MEIS ET AMICIS

Nous avons une pensée toute spéciale à l'adresse des membres du C. P. E. et du B. A. P.

R. DELGRANGE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

Qu'il daigne agréer l'expression de notre vive gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

PAUL DELMAS ET MASSABUAU

R. DELGRANGE.

A MES ANCIENS MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

R. DELGRANGE.

AVANT-PROPOS

Il est de ces traditions qui s'imposent: il semble même que notre seule raison d'être soit de les perpétuer.

Ainsi nous avons pensé que c'était pour nous un devoir impérieux de continuer cette phalange de médecins qui, depuis près d'un siècle et demi se succèdent dans le pays du Pevêle. Orchies, Taintegnies, Beuvry, Landas virent, en effet, tour à tour nos chers aïeux se donner à cet autre sacerdoce que l'on nomme la médecine et laisser derrière eux un souvenir impérissable tout d'honneur et de dignité. C'est l'âme fière que nous évoquons la mémoire de toute cette lignée de praticiens: il n'est pas pour nous de plus grand orgueil et marcher sur leurs traces fut toujours pour nous la seule et unique ambition, mais combien légitime!

Et puis n'avions-nous pas à nos côtés, de quoi aviver ce désir et idéaliser ce rêve! *Exempla trahunt,* disaient les Anciens... Quel plus bel et plus irrésistible exemple la Providence pouvait-elle nous donner qu'en la personne de notre bien aimé père. A son école, nous devions forcément apprendre à aimer la médecine: c'est avec un soin religieux que nous avons recueilli ses leçons. Il ne s'est pas contenté d'habituer notre jugement au diagnostic, et d'écarter de nous ce scepticisme vis-à-vis de la thérapeutique

que l'on rencontre, selon lui, trop souvent. Il s'est encore attaché à nous montrer que le rôle du médecin ne se borne pas là et qu'à côté des misères physiques il y a bien souvent des misères morales, qu'il nous appartient d'alléger. Nous nous efforcerons d'être son digne successeur et pour cela notre unique souci sera de développer en nous ses propres qualités. A l'image de la sienne nous voulons que notre vie soit toute entière une vie de dévouement et d'abnégation.

Et si maintenant nous regardons autour de lui, ne voyons-nous pas cette chère maman, qui, elle aussi, n'est pas restée étrangère au choix de notre profession. Avec un don tout particulier qu'elle a pour conter, dès notre plus jeune âge, elle se plaisait à nous dépeindre le médecin d'autrefois, elle nous intéressait par mille épisodes de la vie médicale qu'elle tenait de son père et parfois, touchant à la mort de son pauvre frère, décédé à la veille de soutenir sa thèse, elle nous faisait délicatement entrevoir qu'elle serait heureuse de nous voir embrasser la médecine.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici même à notre père et à notre mère vénérés, notre piété filiale et les sentiments de la plus vive reconnaissance.

Quelle n'est pas notre joie de songer que, dans quelques jours, nous allons retrouver tous ceux qui nous sont chers, tous ceux qui ont grandi et vécu avec nous dans une affection réciproque. Et certes, notre cœur ne battra pas moins fort de revoir tous ces braves habitants de Landas, tous indistinctement, qui n'ont jamais cessé durant nos études de nous témoigner le plus vif intérêt. Que de fois nous fûmes touché par leurs pressants encouragements, par leur impatience réellement sincère à nous voir revenir au milieu d'eux, par le chaleureux accueil qu'ils nous réservaient lors des dernières vacances quand nous allions au chevet

de leurs malades. Vraiment ce sera avec une certaine satisfaction que nous leur consacrerons toute notre vie.

Si dans les pages précédentes nous avons déjà remercié le docteur Havet d'avoir, avec l'empressement d'un fils, aidé notre père dans sa besogne toujours plus étendue, il en est un autre qui a bien aussi mérité notre reconnaissance, nous avons nommé le docteur Cornille, qui, jamais, ne marchanda son précieux concours. D'ailleurs connaissant sa bonté, nous sommes autorisé à compter à l'avenir sur ses conseils et sa grande expérience. Pour les services qu'il a rendus et qu'il nous rendra encore nous lui crions : Merci !

Pour suivre la tradition jusqu'au bout, nous avons tout spécialement orienté nos études vers l'obstétrique et la gynécologie, et nous avons eu pour cela la bonne fortune de rencontrer des maîtres aussi dévoués qu'éminents. Après avoir appris la pratique des accouchements à la Maternité Sainte-Anne de Lille, où le service des stages est merveilleusement bien compris, il nous parut opportun, dès notre arrivée à Montpellier, de suivre les cliniques de gynécologie de M. le professeur de Rouville. Nous en avons conservé un souvenir d'autant meilleur que son enseignement est parfaitement resté gravé en notre mémoire. Quant à la théorie, nous avons eu le bonheur de l'apprendre d'une part au pied de la chaire de M. le professeur Puech dont le brio nous a rappelé l'hommage que notre père rendait à son ancien maître Pajot, d'autre part aux leçons si claires et si précises de M. le professeur agrégé Paul Delmas. A ce dernier nous devons un remerciement tout particulier : n'est-ce pas sur son inspiration que nous avons traité ce sujet ? Pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé et pour les précieux conseils qu'il nous prodigua, nous lui adressons l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

DE

L'OPÉRATION DE DÜHRSSEN

COMME PROCÉDÉ DANS LES

ACCOUCHEMENTS MÉTHODIQUEMENT ACCÉLÉRÉS

INTRODUCTION

Chaque fois qu'il y a lieu de terminer rapidement l'accouchement soit dans l'intérêt de la mère, soit dans celui de l'enfant, un obstacle se présente à l'accoucheur, le col, dont la non-dilatation constitue une contre-indication formelle à toute manœuvre d'extraction, version ou forceps. A l'ancien accouchement forcé pratiqué depuis Mauriceau, intervention brutale entraînant de vastes délabrements du côté des parties molles, se sont successivement substituées des méthodes plus rationnelles visant systématiquement à la suppression des divers obstacles s'opposant à la rapide évacuation de l'utérus.

Ces procédés sont multiples et se partagent suivant les cas et, il faut bien le dire, les préférences de chacun, la faveur des accoucheurs; nous n'avons pas à les décrire ici,

mais nous leur devions une allusion pour faire comprendre la place que doit occuper la césarienne vaginale parmi les divers moyens d'évacuation de l'utérus.

Les procédés que nous envisageons, sont les uns manuels : le plus classique est le procédé de dilatation bi-manuelle, dû ou plutôt réglé par Bonnaire ; les autres, instrumentaux, nous ne nous occuperons pas du procédé de Bossi, son dilatateur, instrument très ingénieux, n'a trouvé que peu d'accueil en France ; c'est un instrument de divulsion plutôt que de dilatation surtout entre des mains imprudentes. Le dilatateur-excitateur de Tarnier est actuellement fort peu employé.

Le procédé qui rallie actuellement les suffrages de la majorité des accoucheurs est la dilatation par les ballons ; en France les ballons les plus employés sont les ballons de Champetier de Ribes, ce procédé est employé chaque fois que la présentation en permet l'introduction sans être repoussée ; l'introduction d'un ballon est à la fois le premier temps et un adjuvant précieux au cours de l'opération césarienne.

A côté de ces procédés qui ont pour but d'aider la nature dans son travail de dilatation, se placent des procédés sanglants cette fois, parmi lesquels la césarienne vaginale tient une place honorable. Nous nous bornerons à signaler les incisions multiples du col, pour consacrer toute notre attention aux deux procédés préconisés pas Dührssen, les grandes incisions du col, et l'opération césarienne vaginale.

L'opération césarienne vaginale trouva, dès son origine, de fervents protagonistes en Allemagne (Simon, Bumm, Petersenn.

En France, cette opération s'est relativement peu répandue, cependant des travaux récents ont attiré l'attention

sur elle, le rapport de Jeannin et Garipuy, au Congrès de Toulouse, 1910, la thèse de Risser (Lyon, 1910). Cette même année Dührssen, le père de la césarienne vaginale, confiait à l'obstétrique, un article dans lequel il montrait nettement les indications et les avantages de son opération. A ces travaux, on pourrait joindre quelques articles (1) et de multiples observations publiées dans les Sociétés savantes et dont nous relaterons quelques-uns.

Nous n'aurions garde d'oublier enfin la thèse fort complète de Wilhem (Paris, 1913, n° 209).

Au cours de ces derniers mois, M. le professeur agrégé Delmas eut l'occasion d'exécuter avec plein succès deux sections césariennes vaginales et lorsque nous lui avons demandé de bien vouloir nous diriger dans le choix du sujet de notre thèse, il nous a proposé l'étude de l'opération césarienne vaginale dans l'accouchement méthodique rapide; nous confiant d'autre part ses deux observations originales.

Nous avons conçu notre travail de la façon suivante:

Dans un premier chapitre, nous exposons les diverses opinions qui ont été émises tant en ce qui concerne la priorité de l'opération que l'opération elle-même.

Le second chapitre est consacré aux indications de la section césarienne vaginale.

---

(1) C. Jeannin. De la place que l'on tend actuellement à donner en France à la césarienne vaginale parmi les méthodes d'évacuation rapide de l'utérus, *Presse Medicale*, n° 105, 31 décembre 1910.

C, Jeannin. L'opération césarienne vaginale : sa technique, ses résultats, *Progrès Medical*, 22 octobre 1911.

Paul Guéniot. La césarienne vaginale : ses indications, sa technique, *Bulletin Medical*, 11 novembre 1911.

Dans le troisième chapitre, nous avons envisagé la technique de la césarienne vaginale.

Les observations, soit originales, soit choisies parmi celles qui nous ont paru intéressantes dans la littérature médicale, constituent le quatrième chapitre.

Enfin les deux derniers chapitres sont réservés à l'étude des résultats de l'opération césarienne vaginale et aux conclusions que nous pensons pouvoir dégager de notre travail.

DISCUSSIONS ET OPINIONS EMISES A PROPOS DE L'OPERATION CESARIENNE VAGINALE

C'est à Dührssen, bien que cette priorité lui eût été contestée que revient le mérite d'avoir conçu l'opération césarienne vaginale. C'est en effet, dès 1877, que l'opération à laquelle son nom est resté attaché prenait naissance dans l'esprit de Dührssen et c'est en ces termes qu'il commence sa monographie de 1896 (Progrès en chirurgie obstétricale, *Samml Klin. Vochensch.,* n° 160, 1896). « En 1887, déjà je montrai comment on pouvait rapidement, chez les primipares, dont la partie supra-vaginale du col était seule effacée, amener un enfant au monde, et je montrai aussi comment dans l'éclampsie, rapidement encore on pouvait évacuer l'utérus et avoir une guérison immédiate. »

Après avoir brièvement indiqué la technique de son opération, Dührssen apporte le témoignage des auteurs allemands qui se sont ralliés à sa façon de voir: Simon et Bumm en particulier.

La priorité de la section césarienne vaginale a été contestée à Dührssen et Acconei écrivait de son vivant : « Comme j'ai fait cette opération le 4 juillet 1895 et que la première césarienne vaginale a été faite par Dührssen le 24 avril 1896, je revendique par cette notice, la priorité de cette opération ».

Il est d'ailleurs à remarquer que la césarienne vaginale, pratiquée par Acconei n'était pas l'opération conservatrice superposable à la césarienne abdominale conservatrice remise en honneur une dizaine d'années auparavant par Kehrer, Sânger, Léopold, etc., mais une césarienne radicale, véritable Porro exécuté par la voie vaginale. C'est donc à juste titre, il nous semble que l'opération césarienne vaginale a été attribuée à Dührssen et a conservé son nom.

Rapidement les obstétriciens allemands se sont ralliés à cette opération. Les uns restant dans une opinion moyenne comme le fit Fehling au Congrès de Gressen de 1901, reconnaissant à Dührssen le mérite d'avoir au moins montré la possibilité d'un accouchement rapide tout en lui reprochant d'avoir voulu voir trop d'indications à son opération.

D'autres auteurs l'adoptent sans réserve et lui reconnaissent mêmes des indications trop étendues. D'Alessandro (*Presse Médicale,* 1899) partage tous les avis de Dührssen. Bümm vante la césarienne vaginale dans l'éclampsie les hémorragies, le placenta prœvia, etc. David, Petersen, Stamm, Goffe, déclarent de même n'avoir qu'à se louer de ce mode de traitement.

Futh, Littauer, Zweifel, sont d'accord pour condamner la césarienne classique et lui préférer de beaucoup la césarienne vaginale.

En somme tous les auteurs ci-dessus cités sont unanimes pour adopter les indications de Dührssen : cancer, maladie du cœur, éclampsie, placenta prœvia, mauvaise dilatation du col, version à faire dans un bassin aplati, mère à l'agonie.

Tous les auteurs allemands ne sont pas cependant aussi favorables à la méthode de Dührssen. Ahlfed, Olshausen, Weit, s'ils admettent la nouvelle voie dans l'utérus cancé-

reux lui reprochent dans les autres cas de multiplier les accouchements forcés et s'en tiendraient plutôt à la césarienne classique.

Léopold, au Congrès de 1906, au sujet de la dilatation artificielle de l'utérus gravide en travail, disait: « On ne peut songer à la méthode de Bossi qu'en cas de col suffisamment dilaté et elle peut être suivie de désastre. Elle ne doit être pratiquée que dans une clinique et par des maîtres comme d'ailleurs les incisions et la césarienne vaginale de Dührssen. Celui-ci même est obligé de recourir à un ou deux tamponnements. Il doit donc se produire des hémorragies d'une certaine importance. C'est aussi ce qu'ont dit de ces trois opérations Machensodt, Gessner, Hofmeier, Krukenberg, Von Herf, Kupferberg dans leurs rapports. La césarienne nous semble cependant à Bümm et à moi encore préférable; les statistiques de déchirure des autres procédés de dilatation sont d'ailleurs de beaucoup plus fortes. Avec la césarienne, pas d'hémorragies sournoises et invisibles et Dürhssen nous dit en venir toujours à bout quand, par hasard, elles ont lieu avec de bons tamponnements. »

Pfannenstiel, traitant des opérations obstétricales auxiliaires dans les cas d'étroitesse anormale ou de dilatation incomplète des parties molles, trouve l'utilisation des ballons de caoutchouc toujours applicable dans les mains du praticien: il peut y recourir dans tous les cas qui exigent la provocation ou l'accélération de l'accouchement. Au contraire, les procédés basés sur la pratique des incisions ne sont vraiment utilisables que s'il se trouve en présence de cas simples. A la vulve au vagin seule l'incision vagino-périnale à la Dürhssen est de mise. L'obstacle siège-t-il à l'orifice externe, au cas d'indications urgentes, éclampsie, procidence du cordon, cicatrices, rigidité, on fera les inci-

sions multiples du même auteur. Mais s'agit-il d'interventions graves si l'effacement du col ne s'est pas fait, l'ouverture du col doit être immédiate et ne peut par suite être pratiquée par la dilatation mousse, mais ce sont là des cas à envoyer dans une clinique.

Nous pourrions multiplier les citations, mais nous pensons que ces discussions ne rentrent pas dans le cadre de notre travail et nous nous bornerons simplement à mentionner maintenant l'opinion des accoucheurs français sur la question. Dans ce relevé, nous nous placerons surtout, puisque nous étudions l'accouchement méthodiquement rapide, au point de vue de la comparaison de l'opération césarienne vaginale avec les autres modes de dilatation.

Schwab dans (*Presse Médicale*, 1899), pense que la césarienne vaginale est surtout applicable à la grossesse compliquée de cancer, l'opération pour lui semble logique dans le cancer opérable du col, et quand il n'y a pas dilatation. Dans les autres cas de sténose, Schwab, pas plus que Fehling n'est partisan de la césarienne vaginale. D'ailleurs, Brindeau, Bar, tout en reconnaissant que la technique de la césarienne vaginale est assez simple, estiment que c'est une intervention qui doit céder le pas aux autres procédés de dilatation : ballons de Champetier de Ribes, dilatation par la méthode bi-manuelle de Bonnaire. Cette opinion nous paraît cependant en train de se modifier et Jeannin et Garipuy commencent ainsi la partie de leur rapport sur la césarienne vaginale au Congrès de Toulouse (septembre 1910) : « Ce bref mémoire n'est pas une revue générale ; il n'a d'autre prétention que de traduire notre opinion personnelle concernant une méthode thérapeutique qui, très répandue à l'étranger, n'a jusqu'ici trouvé aucun accueil en France. Pourquoi l'opération césarienne vaginale a-t-elle été frappée d'un tel ostracisme ? En trouve-t-on la jus-

tification dans d'exceptionnelles difficultés opératoires, dans des risques capables de compromettre la santé ou même la vie de la femme? Dans l'impossibilité d'en fixer les indications? Pour notre part nous ne le croyons pas et nous sommes persuadé que cette méthode employée à bon escient et par là même à titre rare est de nature à rendre de grands services. »

Cette façon de voir est aussi celle émise dans la thèse de Risser (La Césarienne Vaginale, Lyon, 1910, n° 44). Wilhem dans ses conclusions est également d'avis que si la césarienne vaginale a donné lieu à de véritables abus, cette opération encore peu répandue en France, mérite d'y trouver un accueil moins réservé. Elle peut, dans certains cas bien déterminés, rendre de réels services.

INDICATIONS

Comme toute méthode, à son début, la section césarienne vaginale a vu ses indications multipliées par son auteur et par ses partisans. Dührssen la conseille dans les cas suivants :

1° Danger pour la mère par anomalie du col et du segment inférieur : cancer, sténoses, myômes, etc. ;

2° Danger pour la mère où l'évacuation de l'utérus amènerait une guérison ou une amélioration : maladies du cœur, des poumons, des reins, éclampsie, décollement du placenta normalement enserré et placenta prœvia ;

3° Mère agonisante ou morte ;

4° Danger pour l'enfant (sans danger pour la mère), dilatation insuffisante, faiblesse des contractions, bassins aplatis, longue durée de l'accouchement, compression du cordon et du placenta, insertion vélamenteuse, etc.

On le voit pour le créateur de la césarienne vaginale les indications de cette opérationt sont très étendues, nous allons étudier successivement ces diverses indications, dont plusieurs sont pour les auteurs français des indications de la section césarienne abdominale classique.

Dans les cas d'anomalies ou de lésions du col et du segment inférieur, nous estimons que les cas doivent être sériés et que la césarienne vaginale ne doit pas être acceptée sans conteste.

Dans les cas de cancer, si le cancer est opérable il est admis aujourd'hui que l'intervention est de règle même pendant la grossesse et nous n'entrerons pas dans les discussions ouvertes à ce sujet sur la conduite à tenir lorsque le diagnostic est porté à un moment où l'enfant s'approche du terme de la viabilité. Mais si le cancer est inopérable, il faut avant tout songer à l'enfant. C'est dans ces cas que Dührssen préconise la variété radicale de son intervention, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus par la voie vaginale après évacuation de cet organe.

Le col, infiltré par le processus cancéreux, se laisse difficilement effacer et dilater par le travail et il paraît dangereux de courir les risques de déchirures plus ou moins étendues auxquelles pourrait exposer l'accouchement spontané. Pour les mêmes raisons les tentatives de dilatation manuelles ou instrumentales doivent être repoussées. Restent donc, somme toute, deux interventions : voie haute, césarienne abdominale suivie ou non de l'ablation de l'organe malade, voie basse césarienne vaginale suivie à son tour d'une opération plus radicale. Il est à craindre, ce nous semble, surtout dans les cas de néoplasmes étendus que les incisions de la section vaginale ne puissent être limitées comme en tissu sain, et, à tout prendre l'intervention abdominale suivie ou non de l'ablation de l'utérus par hystérectomie totale ou par l'opération de Porro, nous paraît plus conforme à l'orientation actuelle de la chirurgie française.

Dans les cas de sténose, par contre, chaque fois que la rigidité du col sera telle que les moyens de dilatation usuels : ballons, dilatation bi-manuelle paraîtront impossibles ou dangereux, la section césarienne vaginale nous paraît devoir être avantageuse.

Dans les cas où une prompte évacuation de l'utérus est

indiquée dans l'intérêt de la mère, la césarienne vaginale trouve encore de nombreuses indications. Dans l'éclampsie, Dürrhsen considère la césarienne vaginale comme un véritable traitement de cette maladie. Trop de discussions ont été ouvertes autour du traitement de l'éclampsie, pour que nous nous prononcions sur l'utilité de la section vaginale en pareil cas, d'ailleurs presque tous les auteurs sont actuellement d'accord pour considérer que dans l'éclampsie, l'évacuation de l'utérus est à souhaiter dans le plus bref délai. Si nous consultons le rapport de MM. Bar et Commandeur sur le traitement de l'éclampsie, les auteurs après avoir montré qu'il ne faut pas accepter sans conteste les opinions des auteurs allemands qui envisagent l'évacuation de l'utérus comme indispensable chez une éclamptique, reconnaissent que si le travail est commencé, l'accouchement méthodiquement rapide ne peut qu'être avantageux quand ce ne serait que par la spoliation sanguine qui accompagne l'accouchement et la délivrance réalisant une véritable saignée. Les mêmes auteurs, après avoir passé en revue les différents moyens de hâter la dilatation, métreusyse, dilatation bi-manuelle, étudient l'emploi qui peut être fait de la césarienne vaginale dans l'éclampsie, à ce propos ils redoutent que les incisions ne puissent être poussées suffisamment loin et ne se prolongent au moment de l'extraction par des déchirures du corps impossible à limiter. Convelaire, dans son introduction, à la chirurgie utérine obstétricale formule les mêmes réserves. Les chiffres cités dans ce rapport, d'après les auteurs allemands seraient tout à l'honneur de la césarienne vaginale.

Bümm, en 1903, dit avoir ramené la mortalité de l'éclampsie de 30 0/0 à 8 0/0; Seitz, de 28,6 à 16,2.

Il en serait à peu près de même pour Sweifel, Winter et Dührssen lui-même.

Dans les cas de décollement du placenta normalement inséré, Dührssen préconise naturellement son opération, il faut agir vite dit-il, et des expériences répétées me mettent en droit de le faire. Ici encore nous estimons qu'il convient de se tenir éloigné de toute opinion trop absolue. Les cas de décollement du placenta normalement enserré ne sont pas tous comparables. Dans certains cas, le décollement après avoir déterminé la mort du fœtus ne s'accompagne d'aucun phénomène général grave pour la mère; aucune intervention ne s'impose donc dans ces cas. Dans d'autres circonstances, le tableau clinique est dominé par des signes d'hémorragie grave, refroidissement des extrémités, accélération du pouls, dyspnée, angoisse extrême; il y a lieu dans ces cas de terminer au plus tôt l'accouchement, et dans ces cas encore, la faveur des accoucheurs se partage entre l'opération par la voie abdominale et la voie vaginale, les accoucheurs français préférant d'ailleurs la voie abdominale (Convelaire).

Dans le placenta prœvia, après avoir passé en revue les divers moyens d'accouchement méthodiquement accéléré, Dührssen déclare qu'il est logique, surtout si l'on tient à sauver l'enfant, d'employer la césarienne vaginale. « Dans l'intérêt de la mère seule elle donne également de bons résultats, dernièrement encore la césarienne vaginale m'a donné un succès dans un cas de placenta prœvia. Le col rigide, l'était resté, malgré des tamponnements et la mise en place de tiges de laminaires. »

Pour ce qui est du cas d'une femme morte et agonisante, la question de savoir à laquelle des deux opérations : vaginale ou abdominale, doit avoir recours l'accoucheur, nous paraît de peu d'importance. Il faut cependant avec Dührssen reconnaître que la césarienne vaginale impressionne moins l'entourage, et d'autre part dans le cas, et il est

toujours difficile à préciser, où le décès ne serait pas certain, les risques de l'opération vaginale qui ne lèse pas le péritoine sont moindres que ceux de la section abdominale.

La quatrième catégorie d'indications que nous avons envisagée au début de ce chapitre nous paraît sauf quelques restrictions comporter des cas où la section vaginale nous paraîtra le plus nettement indiquée. Chaque fois que l'enfant est en état de souffrance parce que le travail traîne en longueur par défaut de dilatation du col, soit par insuffisance des contractions, soit par une cause quelconque de rigidité, chaque fois que les divers moyens classiques de dilatation se présenteront comme incapables de dilater le col, ou d'un emploi dangereux, nous considérons l'opération césarienne vaginale comme un excellent moyen de pratiquer l'accouchement méthodiquement accéléré.

Nous tenons cependant à ne pas adopter en bloc cette catégorie d'indications, nous essayerons toutefois de bien spécifier les cas dans lesquels nous nous rangerons à l'une d'entre elles. Envisageons d'abord l'opération dans les bassins aplatis. La section césarienne vaginale à moins qu'elle n'accompagne une pubiotomie, ou qu'il ne s'agisse de l'opération préconisée par Dührssen sous le nom de laparocolpohystérotomie ne pallie en rien aux viciations pelviennes. Aussi, si les rétrécissements pelviens ne doivent pas être considérés comme une contre-indication absolue de la césarienne vaginale, nous posons en principe qu'on ne doit recourir à cette opération que dans les cas où l'accouchement spontané est possible ou tout au moins dans les cas où la version et le forceps sont susceptibles de donner un enfant vivant, cette limite paraît être aujourd'hui constituée par les cas où le diamètre utile serait inférieur à 9 centimètres.

De tout ce que nous venons de dire, la conduite de l'ac-

coucheur ne paraît pas se dégager très nettement, aussi nous rapporterons-nous pour mettre en lumière une ligne de conduite précise au rapport de MM. Jeannin et Garipuy (Toulouse, 1910). Pour ces auteurs : *la césarienne vaginale est indiquée chaque fois que, se trouvant dans la nécessité d'évacuer immédiatement l'utérus, l'accoucheur n'ose pas recourir à la césarienne abdominale en raison de l'état de la femme, ou ne peut tenter la dilatation artificielle du col en raison du défaut de souplesse des tissus.* Ces conclusions mettent la césarienne vaginale en parallèle suivant les cas avec la césarienne classique et l'accouchement accéléré. Moins élégante peut-être que la césarienne classique la césarienne vaginale a le grand avantage, quand elle est bien effectuée, de respecter l'intégrité du péritoine. Aussi Jeannin et Garipuy lui donnent-ils la préférence toutes les fois que l'accoucheur se trouve en présence d'une femme infectée, ou en un état tel que l'on redoute pour elle les suites du traumatisme inhérent à toute laparotomie.

Bien entendu, nous citons toujours ici les paroles de Garipuy et Jeannin, l'accouchement forcé sera toujours préféré à la césarienne vaginale chaque fois qu'il sera possible. Mais tout accoucheur sait combien il est difficile de dilater extemporanément certains cols de primipare surtout non en travail, c'est aller au devant de délabrements très graves au premier rang desquels on peut placer la rupture du segment inférieur.

En somme, la *césarienne vaginale* pour les auteurs français, dont Jeannin et Garipuy, traduisent l'opinion, *puise ses indications dans les contre-indications de l'hystérotomie abdominale et de l'accouchement forcé par dilatation du col.*

Ceci admis nous pouvons succinctement poser les divers

cas où nous pensons qu'il est légitime de recourir à la césarienne vaginale :

1° Quand on agit dans l'intérêt de la mère et de l'enfant ou dans l'intérêt exclusif de la mère ;

a) Le décollement du placenta normalement enserré ;

b) L'éclampsie ;

c) Les accidents gravido-cardiaques ;

d) La rigidité du col (le cancer excepté) ;

e) L'infection amniotique, les plaies ouvertes par la section vaginale ne présentant somme toute pas plus de danger que celles ouvertes par la dilatation ;

2° Quand on agit dans l'intérêt exclusif de l'enfant :

a) Procidence du cordon ;

b) Agonie de la mère.

Il ne suffit pas de poser ainsi les indications auxquelles s'applique la césarienne vaginale, il nous reste encore à préciser ; ces conditions étant remplies, quelles sont les raisons qui amèneront l'accoucheur à telle ou telle intervention.

Il va de soi, nous l'avons dit, que chaque fois que le bassin sera lésé dans les proportions telles qu'il contre-indiquera le forceps ou la version, la césarienne vaginale devra céder le pas à la césarienne abdominale. Dans les cas de cancer nous y avons déjà insisté, nous n'admettrons pas la section vaginale et nous nous rangerons à l'opinion de Jeannin et Garipuy pour repousser cette intervention.

Nous ne nous retrouvons plus, ces quelques restrictions faites, qu'en présence des indications déjà portées et c'est ici que se pose la question de savoir quel est le moment de choix pour la section césarienne vaginale.

Dührssen, comme nous le disions dans notre premier chapitre, déclare avoir conçu sa méthode pour les cas où l'effacement de la portion sus-vaginale du col n'étant pas

effectué il y avait urgence à évacuer la cavité utérine. Dührssen propose, en effet, deux méthodes aux accoucheurs, pour permettre l'issue du fœtus à travers le col non dilaté:

1° Les grandes incisions;

2° L'opération césarienne vaginale que nous considérons ici.

Pour Dührssen, comme pour Jeannin et Garipuy, les incisions du col seront de mise chaque fois que l'effacement de cet organe sera suffisant pour permettre l'accouchement. Malheureusement s'il semble *a priori* facile d'établir si le col est ou non complètement effacé, on se heurte dans la pratique à des difficultés assez considérables. Pour Garipuy et Jeannin le meilleur moyen est d'apprécier par le toucher la portion de la tête fœtale accessible au doigt. Si le doigt introduit et explorant méthodiquement, les culs-de-sac ne peut atteindre qu'une zone très limitée du fœtus, on peut conclure que l'ampliation de l'insertion vaginale sur le col est insuffisante, les incisions dans ce cas seraient inefficaces et dangereuses; dans ces cas, la césarienne vaginale avec sa technique plus clairvoyante, est de mise. Si au contraire la partie fœtale, ordinairement la tête, descendue dans l'excavation vient appuyer sur le col, l'index introduit atteindra ou dépassera la circonférence la plus volumineuse de l'ovoïde fœtal; dans ce cas, les incisions seront suffisantes.

Dans les cas de rigidité, par exemple, il est souvent difficile de dire avec précision si le col se laissera dilater par les moyens usuels, ou nécessitera une intervention sanglante; dans ces cas l'expérience et la sagesse de l'accoucheur devront surtout guider sa décision, d'ailleurs la technique intitulée par Dührssen, la métreuryséo-hystérotomie pourra très bien compléter et naturellement continuer la dilatation commencée par un ballon de Champetier.

Nous ne saurions terminer le chapitre des indications de la césarienne vaginale sans insister sur la nécessité de n'entreprendre cette opération que si l'accoucheur se sent servi par une expérience chirurgicale considérable. S'il n'est rompu à toutes les interventions obstétricales ou gynécologiques, l'opérateur pourra se trouver en face de complications ou de difficultés graves que nous envisagerons par ailleurs, et nous croyons ne pouvoir mieux terminer ce chapitre qu'en reproduisant les paroles si sages, si prudentes de Dührssen lui-même (Obstétrique, 1910) :

« On reconnaît aujourd'hui d'une façon presque générale, que la césarienne vaginale *exécutée par un opérateur exercé* constitue un accouchement rapide, sûr, non dangereux, et ne présentant pas les caractères d'un accouchement forcé et aveugle. Pour ces raisons, elle est indiquée dans tous les accidents graves compromettant la vie de la mère ou celle de l'enfant, pourvu que le col fermé ne puisse être dilaté par d'autres méthodes comme, par exemple, à l'aide du ballon de Champetier de Ribes, ou par mes incisions profondes du col. »

TECHNIQUE

Bien entendu, nous n'envisagerons ici que l'opération césarienne vaginale, laissant de côté les incisions profondes proposées également par Dührssen.

Nous avons exposé dans notre précédent chapitre les indications relatives de ces deux méthodes, nous n'avons donc ici qu'à faire saisir les différences essentielles qui existent entre elles.

Les grandes incisions de Dührssen portent sur un col complètement effacé, pour fixer les idées, nous dirons qu'elles s'appliquent comme nous le disions à propos des indications de la césarienne vaginale aux cas où le doigt introduit dans le vagin fait facilement le tour de la présentation et dépasse les grands diamètres de l'ovoïde fœtal. Dans ces cas, les incisions qui n'ouvrent pas les culs-de-sac vaginaux sont suffisantes, dans les autres cas, il convient de recourir à l'opération césarienne vaginale quand les indications que nous avons posées se trouvent réalisées.

L'opération césarienne vaginale comporte les mêmes préparatifs que toute intervention par la voie vaginale. Bien entendu, il faut tenir compte du caractère d'urgence de cette opération qui ne peut pas être comparée aux opérations gynécologiques qui se pratiquent à jour et à heure fixes.

Deux précautions indispensables sont : l'évacuation systématique des deux réservoirs ; vessie et rectum ; lavement et cathétérisme sont de rigueur avant toute manœuvre opératoire.

Il sera également procédé à une désinfection soignée du vagin et de la vulve ; cette dernière région sera d'autre part rasée, ainsi que les régions voisines.

Il pourra aussi être avantageux de pratiquer une injection d'ergotine qui assurera un écoulement de sang minime pendant l'opération et une bonne rétraction de l'utérus après.

Dührssen conseille, chez les primipares surtout, une incision périnéale du côté droit. Pour la bonne exécution de l'opération, les voies vaginales doivent admettre un poing d'homme.

L'incision périnéale pratiquée (nous croyons d'ailleurs que dans nombre de cas elle sera inutile et on évitera ainsi des portes d'entrée à l'infection en même temps que des causes d'hémorragie), de larges valves seront introduites et permettront de voir le col. On placera ensuite deux pinces de chaque côté du col.

Ceci fait, la lèvre postérieure du col est sectionnée jusqu'à l'insertion vaginale qui elle-même sera intéressée sur une hauteur de 4 centimètres environ. Un large spéculum introduit dans cette brèche permet de décoller le Douglas de la paroi postérieure du corps de l'utérus. On procédera de même pour la lèvre antérieure et on libère les parois antérieures et postérieures de l'utérus sur une hauteur d'environ 6 centimètres par quelques coups de ciseaux. Il ne reste plus alors qu'à inciser l'utérus d'abord en arrière puis en avant, on rompt la poche des eaux qui bombe dans l'incision et on extrait l'enfant par une rapide version. En cas d'atonie utérine, on ne tardera pas à pratiquer la déli-

vrance artificielle. Les deux plaies utérines sont suturées par des points séparés au catgut. Les plaies vaginales sont également suturées par deux surgets laissant toutefois un petit orifice près de l'utérus en avant et en arrière, ces petits orifices serviront à introduire des mèches de gaze stérilisée ou iodoformée qui seront retirées dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération. Si l'utérus présentait une tendance à l'inertie, on pourrait faire suivre la délivrance artificielle d'un tamponnement que l'on laisserait également quelques heures en place. Si une incision périnéale a été nécessaire, elle sera naturellement suturée, quant aux suites de couches, à moins de complications, elles ne comportent ordinairement aucune particularité les distinguant de celles d'un accouchement normal.

Telle est la description de la technique de l'opération césarienne vaginale telle que nous la trouvons exposée dans la thèse de Risser d'après Dührssen.

Des techniques multiples ont été proposées, les uns incisent l'utérus uniquement en avant et d'autres en arrière; les uns font précéder chaque hystérotomie d'une colpotomie transversale, d'autres incisent en même temps utérus et vagin, les uns font une très large incision antérieure et une très courte incision postérieure; certains s'efforcent de donner à l'incision postérieure le plus de longueur possible, etc., etc. Un fait domine tous les autres: on n'aura jamais trop de place souvent on risque de n'en avoir pas assez (Rapport de Jeannin et Garipuy).

La technique indiquée par les deux auteurs que nous venons de citer ne diffère que fort peu de celle que nous avons exposée; ils insistent surtout sur la nécessité de procéder temps par temps et après les précautions pré-opératoires déjà signalées (incisions périnéales ou mieux épisio-

tomie, mise en place de valves et de pinces sur le col) donnent les divers temps suivants.

a) *Colpotomie antérieure.* — Cette colpotomie est faite aux ciseaux courbes et dirigée transversalement; elle ne doit pas avoir moins de 6 centimètres, d'ailleurs plus elle sera étendue, plus les temps suivants seront faciles.

b) *Décollement de la vessie.* — Ce décollement, le col étant tiré aussi bas que possible grâce aux pinces placées sur lui, se fera le doigt revêtu d'une compresse de bas en haut, l'imbibition gravidique du tissu cellulaire pelvien rend généralement ce temps facile. Si par hasard le péritoine était ouvert au cours de ce temps, ce ne pourrait être un contre-temps fâcheux qu'autant que la femme serait en état d'infection (mais dans ces cas, il serait plus prudent de ne pas recourir à la césarienne vaginale).

c) *Hystérotomie antérieure.* — L'incision sera faite avec de forts ciseaux droits, elle sera bien rectiligne et sagittale et portera aussi exactement que possible sur la ligne médiane, elle s'étendra jusqu'à la limite supérieure du décollement péritonéal. Tout ce temps doit s'effectuer sans hémorragie. S'il y a suintement sanguin appréciable, le mieux est d'aller vite sans s'arrêter à d'illusoires tentatives d'hémostase.

d) *Colpotomie postérieure.* — L'aide porte à ce moment les pinces en haut vers le pubis, quant à l'incision, elle est de tout point comparable à la colpotomie antérieure.

e) *Décollement du cul-de-sac péritonéal de Douglas.* — Ce décollement, fait comme celui du cul-de-sac antérieur,

est ordinairement plus difficile, les adhérences péritonéales devenant rapidement assez prononcées, on ne peut ordinairement le pousser au-delà de 7 à 8 centimètres.

f) *Hystérotomie postérieure.* — Elle est faite exactement de même manière que l'hystérotomie antérieure, l'aide attirant les pinces le plus en avant et en haut que faire se peut. A ce moment, la région cervico-segmentaire ressemble absolument à une mitre renversée dont les deux valves regardent directement, l'une à droite et l'autre à gauche, ces deux valves étant plus profondément séparées en avant qu'en arrière. Il ne s'agit plus maintenant qu'à procéder aux temps obstétricaux de l'intervention.

L'extraction du fœtus se fera suivant les indications obstétricales, par version, forceps, ou embryotomie, suivant les cas, mais avec le plus de douceur possible pour ne pas courir les risques d'une rupture utérine.

L'enfant extrait, le mieux est de recourir séance tenante à la délivrance artificielle pour ne pas retarder les sutures et éviter des chances d'infections. Si l'utérus saigne assez abondamment, on le tamponnera immédiatement, l'ergotine pourra également être employée ici quand on est sûr de la complète évacuation de la cavité utérine.

g) *Sutures.* — La plaie utérine intérieure sera suturée la première au catgut n° 2 à points séparés, la plaie utérine postérieure sera ensuite suturée suivant la même technique, on aura soin de ne pas pousser trop loin ces sutures de façon à permettre l'écoulement facile des lochies, les plaies vaginales pourront être abandonnées à elles-mêmes et se cicatriseront spontanément. Bien entendu, si une plaie vulvaire ou périnéale a été nécessaire, on la suturera

comme on suturerait toute épisiotomie ou une plaie périnéale après un accouchement par quelques points aux crins de Florence ou au fil d'argent.

En fait de pansement on se bornera à tasser dans le segment inférieur et dans les culs-de-sac vaginaux de la gaze stérilisée ou peroxydée, cette gaze sera retirée, comme le tamponnement utérin, au bout de vingt-quatre heures. A moins d'indications spéciales, il est inutile de prescrire des injections vaginales ou tout autre traitement local.

Nous ne pensons pas que la technique de l'opération césarienne vaginale puisse être plus clairement exposée.

Nous pensons cependant que nous devons y ajouter la modification proposée par Dührssen sous le nom de *metreurynterschnitt*. mot qui pourrait se traduire en français par le terme de *metreuryséo-hystérotomie*. Ce procédé est susceptible de rendre en pratique de grands services et de faciliter dans une large mesure la section césarienne vaginale.

D'après Dührssen (*Obstétrique*, novembre 1910), la metreuryséo-hystérotomie présente les avantages suivants :

1° Elle fait suite au procédé de Champetier de Ribes, dans le cas où la dilatation par les ballons, de cet auteur aura été employée sans succès, et sa méthode constitue alors le premier temps de la césarienne vaginale.

2° La traction sur le ballon amène le col jusqu'à l'entrée du vagin. Un écarteur suffit alors pour présenter à la vue le col et les culs-de-sac.

3° En continuant l'incision de la paroi utérine antérieure ou postérieure, la traction du ballon amène successivement à la vulve les parties les plus hautes de l'utérus et permet leur facile incision.

4° La pression du ballon, avantage appréciable, produit une ischémie du champ opératoire de sorte qu'on peut opé-

rer presque sans une goutte desang. La métreuryséo-hystérotomie devient alors un traitement idéal dans le cas de placenta prœvia.

Enfin le ballon élimine encore la résistance du vagin et de la vulve dans les cas où ces parties ne se laisseraient ni facilement ni suffisamment distendre. C'est à ce procédé qu'a eu recours M. le professeur agrégé Delmas dans la seconde des observations qu'il a bien voulu nous confier, cette observation confirme pleinement les idées de Dührssen et permet de se rendre compte des facilités que donne l'introduction préalable d'un ballon dans l'opération césarienne vaginale. En ce qui concerne la technique, l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes, la métreuryséo-hystérotomie, ne modifie en rien ce que nous avons exposé, ce n'est qu'un procédé destiné à faciliter l'exécution des temps opératoires sur lesquels nous pensons avoir suffisamment insisté.

Pour si pratique que soit ce dernier procédé, nous ne croyons pas devoir en conclure avec Dührssen, qu'il permet l'exécution de la césarienne vaginale, même à un débutant. Nous l'avons déjà dit, à propos des indications et nous le répétons encore, pour si schématique que paraisse cette intervention, il serait un peu téméraire d'entreprendre une opération césarienne vaginale, pour celui qui ne se trouverait de par son expérience antérieure et son éducation chirurgicale en mesure de parer aux aléas que peut présenter toute intervention chirurgicale. Inutile de dire enfin qu'il est des conditions d'assistance (bien que Dührssen ait prétendu qu'une sage-femme constituait un assistant suffisant) d'instrumentation, voire même d'asepsie, qui interdisent la section césarienne vaginale aux praticiens isolés dans de petits centres quelle que soit leur valeur professionnelle.

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans faire une place aux accidents qui peuvent survenir au cours de l'opération de Dührssen,

Les hémorragies dont nous avons signalé le risque, ne sont pas excessivement fréquentes. Hauch (1), sur 237 cas, les a notées 19 fois; Péterson (2) sur 530 cas, les a notées 26 fois. Le meilleur traitement à opposer à cette complication est un tamponnement serré à la gaze stérile Néanmoins si l'hémorragie persistait, l'hystérectomie pourrait être indiquée comme dans un des cas de Peterson.

La blessure du péritoine au cours de la colpotomie antérieure et postérieure est un accident de peu de gravité quand l'opération est conduite sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

Une des complications les plus sérieuses de l'opération de Dührssen est constituée par les lésions de la vessie (Hauch (3), 9 fois sur 267 cas; Péterson (4), 7 fois sur 76); ces lésions proviennent le plus souvent d'un décollement insuffisant de la vessie et de l'utérus, elles donnent lieu à des fistules vésico-vaginales, ordinairement élevées et partant d'une réparation difficile.

Signalons enfin les déchirures utérines qui peuvent également compliquer l'opération de Dührssen. Dans la statistique de Péterson (5) déjà citée, sur 530 cas cette complication ne s'est montrée que six fois avec quelque importance. Hauch n'a pu relever que 7 cas sur 237 observations.

---

(1) Hauch Obstétrique, 1910.

(2) Peterson. Americ. Journ. of. obstetrics, juillet 1911.

(3) V. *Supra*.

(4) V. *Supra*.

(5) V. *Supra*.

OBSERVATIONS

Les observations que nous présentons peuvent se diviser en deux groupes.

Nos deux premières observations nous ont été fournies par M. le professeur agrégé P. Delmas et lui sont personnelles.

Les autres ont été choisies par nous dans la littérature médicale, parmi celles qui nous ont paru les plus intéressantes.

Observation première

Opération césarienne vaginale avant le terme après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin rachitique aplati

Une secondipare de 27 ans entre à la Maternité dès le début du huitième mois de sa grossesse dans l'espoir d'obtenir, à l'aide d'une conduite thérapeutique appropriée, un enfant vivant que sa conformation anormale ne lui permet guère d'espérer d'un accouchement spontané à terme.

De l'interrogatoire, il résulte en effet que cette femme, élevée surtout au biberon, et dont les premiers pas datent

à peine de la seconde année, a eu, il y a cinq ans, des couches très laborieuses. Après un travail infructueux qui a duré trois jours, une application de forceps sur une présentation de la face n'a pu donner qu'un enfant mort.

L'examen en donne promptement la raison: il s'agit d'un sujet de fort petite taille, 1 m. 40 seulement, et présentant entre autres stigmates de rachitisme une voûte palatine ogivale, de vilaines dents irrégulièrement implantées et un thorax très bombé où se trouve le chapelet caractéristique.

Par le toucher, que la vacuité de l'excavation rend des plus faciles, la courbure de l'arc antérieur est perçue redressée, décelant ainsi un aplatissement du détroit supérieur dont la mesure est donnée par une diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres; le sacrum est fortement concave.

D'autre part, la hauteur de l'utérus, à 31 centimètres au-dessus de la symphyse, et la date des dernières règles montrent qu'il s'en faut encore d'un mois pour que la femme soit à terme. Le palper permet de reconnaître une présentation de la face en position droite, mobile au-dessus du détroit supérieur.

En raison du degré de la pelviviciation qui est de 8,5 pour le diamètre utile, je décide l'interruption artificielle de la grossesse, et, le 14 octobre, à 11 heures du matin, une bougie de Krause est introduite à grand'peine dans l'utérus, tant est accusée la sténose cicatricielle du col. Dans les 2 heures qui suivent, quelques contractions apparaissent bien, mais elles sont peu intenses, très espacées et n'agissent aucunement sur le col qui conserve toute sa longueur.

Quarante-huit heures après, la situation n'ayant pas changé, la bougie est retirée et le doigt, ayant été in-

troduit non sans difficulté dans le col, il est procédé au décollement du pôle inférieur de l'œuf, puis une seconde bougie est mise en place. 12 heures après, comme le travail ne fait aucun progrès, une autre bougie est introduite à côté de la précédente. Mais les quelques contractions qui apparaissent sont toujours inopérantes.

J'essaye alors de la médication hypophysaire. Par trois fois successivement, 1 centimètre cube d'extrait est injecté sous la peau de la cuisse et à 2 heures d'intervalle chaque fois. Certes, le produit, fourni par l'une des maisons les plus justement réputées de produits opothérapiques, ne se montre pas inactif, comme en témoignent l'accroissement de la tension vasculaire, le ralentissement du pouls, la modification des pupilles, les nausées et les mictions qui suivent chaque piqûre. L'action sur la contraction utérine, ici encore est à peu près nulle. Le col est toujours dur, rigide, enserrant les bougies de près.

Cependant, dans la nuit du troisième jour, les membranes se rompent spontanément. En dépit des soins d'asepsie habituellement usités, dès le matin du troisième jour, le pouls s'accélère au-dessus de 100 pulsations à la minute, la température est aux environs de 38°, et l'auscultation montre d'indiscutables signes de souffrance du côté du fœtus.

Ainsi donc, même en faisant abstraction de l'indication fournie à l'interruption de la grossesse par le degré de la pelviviciation, l'infection amniotique impose à bref délai la terminaison rapide de l'accouchement.

Quelle conduite tenir? Passer par la voie haute, même en extériorisant l'utérus hors du ventre sur un lit de compresses, comme nous en avons coutume, paraît bien hasardeux, puisque la cavité de l'organe est sûrement infectée. Reste donc la voie basse, sauf que l'invincible résistance

du col ne permet de songer à son ouverture purement obstétricale par une manœuvre de Bonnaire ou une application de ballons apparues comme bien dangereuses pour l'intégrité de l'organe, sinon impossibles.

Nouveau nœud gordien, L'obstacle mou ne peut être franchi que par la section, et c'est pour une opération césarienne vaginale de Dührssen que je me décide. Je l'exécute sur-le-champ.

La malade mise en position obstétricale et les réservoirs soigneusement vidés, les voies génitales sont désinfectées : la narcose étant obtenue par l'éther goutte à goutte, col, vagin et cul-de-sac sont barbouillés de teinture d'iode dédoublée. Une valve courbe qui déprime le périnée expose le col qui est saisi aux deux extrémités de son diamètre transversé, par une pince de Museux auxquelles une bougie de Hégar, a dû faire place au préalable.

Dans un premier temps, à l'aide de ciseaux courbes, alors que l'aide attire fortement le col en bas, je procède à une colpotomie antérieure par section transversale de 5 centimètres à l'union du col et du vagin. Cette incision, dont la tranche donne une hémorragie en nappe assez abondante, permet, à l'aide d'une compresse, l'isolement soigneux du segment inférieur d'avec la vessie. Ce temps opératoire est d'ailleurs beaucoup plus laborieux que ne le sont d'habitude les manœuvres de clivage autour de l'appareil génital, rendues d'ordinaire si aisées du fait de la grossesse. Ce décollement terminé, vessie et tranche vaginale antérieure sont chargées vers la symphyse à l'aide d'une valve.

A l'aide des ciseaux droits, col et segment inférieur, bien exposés par la traction divergente des pinces de Museux, sont incisés bien sur la ligne médiane sur une hauteur de

10 centimètres jusqu'au cul-de-sac péritonéal antérieur qui n'a pas été ouvert.

Le second temps comporte une technique en miroir du côté du versant postérieur de l'utérus.

A cet effet, l'aide ayant relevé la traction de ses pinces sur le pubis, le cul-de-sac postérieur est exposé, et une colpotomie symétrique de la précédente exécutée à ce niveau. Même décollement à la compresse qui isole le segment inférieur du rectum, mais sur une hauteur moindre, 7 centimètres environ, de manière à respecter le cul-de-sac de Douglas, puis hystérotomie postérieure.

L'acte chirurgical est alors interrompu pour faire place aux manœuvres qu'il a rendues possibles par les voies naturelles ainsi agrandies. Au lieu d'un col infranchissable, l'utérus se continue largement avec le vagin par une brèche sagittale limitée sur les côtés par deux valves en mitre renversée.

A travers cet orifice, dont les abords sont débarrassés des valves et des pinces de Museux, la main va déplacer la présentation, exécute avec facilité une version par manœuvres internes, suivie sans désemparer de l'extraction que termine au passage de la tête dernière, une manœuvre de Champetier de Ribes.

Le nouveau-né du sexe féminin, est en état d'apnée, mais le cœur bat. L'insufflation bouche à bouche et quelques flagellations sont nécessaires pour le ramener. Son état doit moins être interprété comme mort apparente que dans le sens d'une anesthésie secondairement réalisée par l'intermédiaire de la circulation placentaire. L'enfant, qui mesure 49 centimètres et pèse 2.860 grammes, a déjà un bi-pariétal de 9.

Séance tenante, je procède à la délivrance artificielle aussitôt suivie d'une injection intra-utérine iodée.

L'utérus complètement évacué, reste à rétablir la continuité des tissus sectionnés : méthodiquement, la région exposée avec les valves et les pinces de Museux, l'incision antérieure est restaurée au catgut à points séparés de centimètre en centimètre, le point le plus profond excepté, qui comprend dans un surjet la barre transversalle du T. Après semblable réfection du versant antérieur de l'organe, bien que l'hémostase soit parfaite, une bande de gaze stérile est lâchement tassée dans le segment inférieur d'abord, le vagin ensuite. L'intervention a duré 30 minutes en tout.

Ce pansement est enlevé définitivement le lendemain. Les lochies devenues malodorantes au cinquième jour, quelques injections vaginales antiseptiques sont données une semaine durant. Une quinzaine après, l'état du col est vérifié. Au toucher : la *restitutio ad integrum* est parfaite, deux cicatrices linéaires mais souples rappellent seules l'acte opératoire subi par la malade.

Observation II

Une opération de Dührssen à la campagne
(M. P. Delmas)

Un de mes confrères de l'extérieur me téléphone, dans le courant du mois de février, qu'il vient d'être appelé auprès d'un éclamptique. En dépit du traitement médical qu'il a aussitôt institué, l'état de sa cliente s'aggrave d'heure en heure ; il pense donc que l'évacuation rapide de l'utérus s'impose et me demande de lui prêter mon concours à cet effet. Je pars aussitôt avec un arsenal instrumental restreint, comptant bien procéder aisément à un

accouchement méthodiquement accéléré à l'aide du ballon de Champetier.

La malade auprès de laquelle je suis introduit est une robuste primigeste de 23 ans, entrée en travail le jour même. Dès les premières douleurs, les manifestations convulsives de l'éclampsie ont apparu. Alors seulement et pour la première fois on fait appel au médecin. Il trouve un sujet démesurément enflé chez lequel les accès se succèdent; dans leur intervalle, la malade est dans le coma, pouls tendu et vibrant, respiration bruyante, facies vultueux, urines rares et chargées en albumine; la température s'élève. Lavement purgatif, saignée copieuse et inhalations de chloroforme se sont montrés inopérants.

Je me dispose donc à dilater le col, encore long et résistant. Mais, le ballon introduit, je m'aperçois aussitôt que sa résistance sera longue à vaincre, et l'auscultation du cœur fœtal fait entendre des bruits sourds, irréguliers et ralentis. En milieu hospitalier l'opération césarienne classique me paraîtrait d'autant plus indiquée que la poche des eaux est encore intacte. Ici comment songer à la réaliser d'urgence dans un intérieur des plus modestes, alors que mon instrumentation est réduite au seul bagage obstétrical.

Invinciblement l'opération de Dührssen se présente à mon esprit comme une ressource unique dont je n'ai pas le droit de ne pas faire bénéficier la patiente. La décision aussitôt prise et formulée est acceptée par l'entourage et, sous anesthésie générale par l'éther goutte à goutte, j'interviens sans désemparer.

La technique adoptée ne présente rien de spécial quant à la libération successive des deux versants du segment inférieur et leur section médiane. Tout l'intérêt de l'acte opératoire se trouve reporté sur la pénurie de l'instru-

mentation: valve vaginale et pinces de Museux prévues pour la manœuvre du ballon, et ciseaux droits destinés à la section du cordon.

Cependant l'intervention se poursuit avec aisance et simplicité, j'opère vite sur un segment à peu près exsangue admirablement éclairé à ciel ouvert grâce au ballon de Champetier qui l'abaisse et l'expose d'autant mieux à la vulve qu'une épisiotomie préalable a fait disparaître la gêne qu'entraîne l'œdème très accusé de la vulve.

En quelques minutes l'utérus est ouvert et une application de forceps ramène un gros garçon étonné qui a expulsé son méconium. Le traitement persévérant de la mort apparente finit par le ranimer.

Il serait sans intérêt d'insister sur la fin de l'accouchement et de l'intervention. Qu'il suffise de dire que deux crises seulement ont suivi, atténuées toutes deux, l'évacuation de l'utérus. Dès le lendemain la femme sortait du coma, les urines redevenaient abondantes, la température tombait à la normale. Actuellement, m'écrit notre confrère, la mère vaque à ses occupations, et l'enfant qu'elle allaite prospère chaque jour davantage.

Observation III

(Brindeau. *Bull. de la Société d'obstétrique de Paris*, 1906)

Mme L..., âgée de 25 ans; première grossesse normale, suivie d'un accouchement à terme; deuxième grossesse, terminée par un accouchement prématuré, provoqué par une albuminurie intense; troisième grossesse actuelle s'accompagnant, dès le troisième mois, de maux d'estomac et de troubles de la vue. Elle entre à la Maternité le 4 avril,

étant enceinte de 5 mois et demi environ. La malade se plaint de violents maux de tête et de troubles de la vue. Elle est pâle, œdématiée et son urine contient 2 gr. 50 d'albumine par litre. L'abdomen est développé comme pour une grossesse de six mois à peine, l'enfant est vivant. La malade est soumise à la diète hydrique, puis au régime lacté absolu. Malgré ce régime l'albumine ne diminue pas et les troubles généraux augmentent si bien que le 9 avril les urines contenaient 24 grammes d'albumine. De plus la céphalée étant intense, la douleur épigastrique violente et la cécité presque absolue, je me décidai à provoquer l'avortement. Le col est dur, cicatriciel et pour introduire le ballon Tarnier je suis obligé de passer des bougies de Hégar. Le ballon crève et est expulsé quatre heure après. Le lendemain matin, la dilatation n'a pas encore commencé, le col est dur. L'état général est toujours le même, la tension artérielle est à 24 (appareil de Potain). Je me décide à pratiquer l'incision de Dührssen.

Intervention. — Anesthésie à l'éther, décollement des culs-de-sac vaginaux. Abaissement de la lèvre antérieure saisie avec deux pinces de Muzeux. Incision de 10 centimètres environ, hémorragie peu abondante. Je saisis ensuite la lèvre postérieure et je fais une incision de 5 à 6 centimètres. J'introduis avec difficulté la main dans l'utérus, parce que le segment inférieur n'étant pas encore formé la paroi utérine est épaisse et ne s'est pas laissé distendre. Abaissement d'un pied et extraction assez facile d'un fœtus de 1.200 grammes. Délivrance artificielle. Suture des deux incisions et tamponnement utéro-vaginal, l'hémorragie a été très modérée.

Suites opératoires. — Ramenée à son lit la malade reprend assez vite connaissance et a quelques vomissements. A trois heures de l'après-midi, grande agitation, suivie

d'un accès d'urémie. La femme tombe dans le coma et meurt au bout d'une demi-heure environ.

A l'autopsie, gros reins blancs, foie jaune et dur. L'utérus retiré montre que les incisions avaient été bien faites sur la ligne médiane. Les sutures adossent si bien les deux plaies que le col semble normal.

Observation IV

(Brindeau. *Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris*, 1906, p. 287)

Mme H..., 28 ans, tertipare. Elle entre à la Maternité étant enceinte de six mois et demi environ; elle a eu quatre accès d'éclampsie chez elle. Elle est dans le coma. Ses urines contiennent beaucoup d'albumine, l'enfant est vivant. On se décide à provoquer l'accouchement après avoir pratiqué une saignée de 500 grammes. Le col est épais et perméable. Introduction d'un ballon de Champetier moyen. De midi à 6 heures du soir, la malade a 13 accès. Elle reste toujours dans le coma. La tension artérielle est de 22 à l'appareil de Gaertner, la température est de 39°3. A 7 heures du soir, j'examine la femme; le col est ouvert comme une pièce de deux francs, mais il est dur, tendu, comme cartilagineux. Impossibilité de pratiquer la dilatation manuelle. Je me décide à faire de grandes incisions.

Intervention. — Incision de 12 centimètres, et de 6 sur la lèvre postérieure. Introduction de la main et version. Extraction d'un fœtus pesant 1.600 grammes, qui meurt quelques instants après l'accouchement. Sutures au catgut des deux lèvres de la plaie, tamponnement utérin. Pendant

l'opération, l'écoulement sanguin a été assez abondant au moment du décollement des insertions vaginales et de l'incision du col. La perte sanguine a beaucoup diminué après l'extraction du placenta. Elle s'est complètement arrêtée aussitôt la suture faite.

Suites opératoires. — La malade a encore eu seize accès d'éclampsie jusqu'au lendemain matin 11 heures. Mais peu à peu la connaissance revient, les urines augmentent de quantité et la malade se rétablit. Elle sort guérie le vingtième jour, après avoir présenté des suites de couches normales. Revue quatre mois après, on constate que le col a repris sa forme normale; on sent difficilement en avant et en arrière le vestige des incisions antérieures.

Observation V

(Brindeau et Jeannin

La nommée M... Marie, 22 ans, primipare, entre à la Maternité de Lariboisière le 10 août 1908. C'est une femme bien portante, qui ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Les dernières règles ont eu lieu du 20 au 25 novembre 1907, la grossesse est donc à cette époque de 8 mois un quart environ, jusqu'à présent elle s'est déroulée sans incident. Le 1er août cette femme perd les eaux avant tout début de travail, les douleurs commencent quelques heures plus tard, et c'est ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital. A son arrivée, on constate que le fœtus se présente par le sommet en OIGA ! la tête est à la partie supérieure de l'excavation, le col a toute sa longueur.

Pendant 24 heures, la situation ne se modifie pas sensiblement; la parturiente a des douleurs assez fréquentes, mais peu efficaces, le col s'efface avec une lenteur extrême. Le 2 août, la température s'élève le soir à 38°, la nuit se passe sans amener de changement. Le 3 au matin, le thermomètre monte à 39°5; le pouls bat à 120; le liquide amniotique est souillé de méconium et commence à dégager une odeur légèrement fétide. Le col, à peu près effacé, présente à ce moment une dilatation de 4 centimètres environ; un pourtour remarquablement dur semble devoir s'opposer à toute tentative de dilatation artificielle. L'indication de l'évacuation immédiate de l'utérus se présente alors, tant pour la mère que pour l'enfant, MM. Brindeau et Jeannin décident de pratiquer la césarienne vaginale.

Intervention. — La femme étant endormie au chloroforme on déprime le périnée à l'aide d'une valve large et courte. Le col est abaissé à la vulve grâce à deux pinces de Museux jetées aux deux extrémités de son diamètre transverse. Incision transversale, aux ciseaux courbes, du cul-de-sac vaginal antérieur; incision longitudinale aux ciseaux droits, et bien sur la ligne médiane de la paroi antérieure du col et du segment inférieur, après soigneux et facile décollement de la vessie. Incision de la lèvre postérieure du col, longitudinale et médiane, sur une longueur de 5 à 6 centimètres environ. Extraction de l'enfant par une application de forceps en O I G A; délivrance artificielle. Sutures utérines, mise en place de deux drains dans la brèche vaginale antérieure.

Suites de couches. — La malade infectée lors de l'intervention continua son infection pendant ses couches. Pendant 15 jours la température oscilla entre 38° et 39°5, les phénomènes locaux furent assez marqués, consistant en écoulements fétides et en induration latéro-utérine. Finale-

ment cette femme guérit sans autre intervention, et elle put quitter l'hôpital six semaines après l'opération. L'enfant pesant 2.700 grammes à la naissance a été confié à une nourrice, au sein.

Observation VI

(Jeannin. *Bull. de la Soc. d'Obstétrique de Paris*, 1906, p. 406)

La femme P... Philomène, 38 ans, ménagère, entre à la Maternité de Lariboisière, le 25 novembre 1909, à 4 heures du soir. Elle vient d'un service de médecin où elle était hospitalisée depuis un mois pour troubles cardiaques.

C'est une primipare, mariée depuis un an, qui a eu ses dernières règles du 11 au 18 mai 1909, ce qui fait une grossesse de cinq mois et demi environ. Elle a eu la fièvre typhoïde à 5 ans, puis à 36 ans la scarlatine; à la suite de cette dernière infection, elle présente pendant trois mois des crises de rhumatisme articulaire aigu. A ce moment, on aurait trouvé à l'auscultation du cœur les signes d'un rétrécissement mitral.

Pendant le mois qu'elle passa dans le service de médecine où elle avait été hospitalisée comme cardiaque et tuberculeuse elle ne présenta pas grand accident, elle se levait chaque jour et pouvait marcher et sortir.

Dans la journée du 29 novembre cette femme est prise de douleurs abdominales de nature à faire craindre une fausse couche. On la fait passer alors à la Maternité; d'ailleurs son état lui permet de se rendre à pied dans ce service. A son arrivée on constate qu'il y a des contractions utérines, mais l'état local ne compte pas en comparaison de l'état général qui apparaît tout de suite comme très

grave. La malade est, en effet, en pleine crise d'asystolie : la dyspnée est intense, le pouls petit, rapide, arythmique, la face violacée. Il n'y a pas d'œdème ; les urines peu abondantes et hautes en couleur, présentent un léger nuage d'albumine.

A l'auscultation, on reconnaît l'arythmie et l'affolement du cœur ; mais il est impossible de porter le moindre diagnostic précis ; les poumons présentent des signes de congestion des bases. Le foie très gros, déborde largement les fausses côtes. Au toucher le col est long et fermé. L'interne du service pratique, séance tenante, une saignée de 250 gr., fait appliquer des ventouses et pratiquer des injections sous-cutanées de spartéine et d'huile camphrée.

Je vis cette femme à 11 heures du soir ; elle était agonisante, le pouls imperceptible, les extrémités algides, mais sachant les véritables résurrections que l'on observe parfois chez de telles femmes, je décidai d'évacuer immédiatement l'utérus.

Le col de cette primipare de 38 ans étant long et fermé, il ne fallait pas songer à pratiquer la dilatation manuelle, j'essayai tout d'abord le dilatateur de Bossi, mais je vis bientôt qu'il ne me donnerait qu'un résultat extrêmement lent et incomplet ; or il fallait aller vite étant donnée l'extrême gravité de l'état de la mère. Aussi au bout de quelques minutes, j'abandonnai toute tentative de dilatation et pratiquai la section vaginale de Dührssen, sans anesthésie.

Intervention. — Deux pinces de Museux, jetées sur la lèvre antérieure du col l'attirent à la vulve ; je coupe aux ciseaux courbes et transversalement le cul-de-sac antérieur du vagin, et à l'aide d'une compresse, je décolle la vessie de la face antérieure de l'utérus ; je la refoule ainsi que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin aussi haut que pos-

sible. Une valve maintenant ces organes derrière le pubis, je coupe aux ciseaux droits et bien sur la ligne médiane la lèvre antérieure du col, puis le segment inférieur sur une longueur de 11 à 12 centimètres sans qu'il s'écoule de sang. J'incise de la même façon la lèvre postérieure du col mais jusqu'au cul-de-sac vaginal seulement. La tête du fœtus restant dans le corps utérin je la perfore aux ciseaux, puis je la saisis solidement à l'aide de la pince de Ménard qui me permet d'extraire aisément l'enfant. La délivrance est faite aussitôt et quelques points au catgut ferment la plaie cervico-utérine ; pendant ce temps opératoire la femme succombe.

A l'autopsie, on constata une dilatation énorme du cœur droit et des lésions de sclérose au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Les autres organes étaient fortement congestionnés, mais sains. Le péritoine bien décollé au segment inférieur, jusqu'à sa ligne de solide attache, ne présentait aucune éraillure ; la vessie était intacte.

Observation VII

(Inédite. Brindeau)

La jeune C... (n° 1064 du registre d'accouchement) 23 ans, tertipare, entre à la clinique Tarnier (service du professeur P. Bar), le 5 juillet 1910, parce qu'elle commence à ressentir de la dyspnée d'effort.

Rougeole et fluxion de poitrine dans l'enfance, à 11 ans, première attaque de rhumatisme articulaire aigu au cours de laquelle premiers accidents cardiaques se manifestent ; à 16 ans, seconde attaque de rhumatisme plus intense au cours de laquelle les accidents cardiaques s'accentuent ;

depuis cette époque tous les étés, la malade est prise de crises d'étouffement qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Pendant sa première grossesse (il y a 4 ans), la malade entre 4 mois et demi à la Pitié (service du docteur Renon) où elle reste jusqu'à la fin de sa grossesse, l'accouchement se fait normalement, enfant vivant, meurt au bout de trois mois, de convulsions.

Deuxième grossesse (13 ans après la première), se passe à peu près bien jusqu'à sept mois, la malade continue à travailler, éprouve quelques étourdissements; à sept mois vient consulter à la clinique pour un point douloureux au niveau du foie, on la garde à la clinique où elle fait des crises d'étouffement intenses, accompagnées de syncopes (oxygène, ventouses). L'accouchement se passe bien, l'enfant est mort à 10 mois, de méningite.

Il y a un an la malade a eu deux hémoptysies abondantes avec toux pendant qu'elle nourrissait son deuxième enfant; expectoration abondante, et à deux reprises nouvelles, hémoptysies peu abondantes.

Etat général. — Femme de taille moyenne, rien de particulier du côté des membres inférieurs, sauf les restes d'éruption qui se traduisent par pigmentations et lésions de grattage. Eruption généralisée à tout le corps survenue il y a un mois et que la malade ne peut préciser.

Cœur. — Malade, entre pour de la gêne respiratoire assez accentuée, dyspnée d'effort, il y a deux mois, hémoptysie. Pointe bat dans le troisième espace un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Frémissement présystolique.

L'auscultation est difficile à cause des signes sthétoscopiques pulmonaires, néanmoins on perçoit un roulement présystolique intense.

Appareil pulmonaire. — En avant du côté gauche, matité, augmentation des vibrations, craquements secs, nom-

breux, dont plusieurs en voie de s'humidifier; rien de particulier du côté droit en avant.

En arrière: du côté gauche, obscurité respiratoire, submatité légère; rien au côté droit.

Pas de rales aux bases, urines en quantité normale.

Examen obstétrical. — Utérus remonte au niveau de l'ombilic, la femme sent remuer depuis quelques jours.

27 juin: Endo-dermo-réaction; pas de réaction 28 juin; positive à 8 p. 10 le 29 juin.

15 juillet: depuis quelques jours la malade se plaint de points douloureux mal localisés dans l'abdomen prédominant cependant au niveau des annexes. Ecoulement abondant de pertes blanches glaireuses.

Les lésions pulmonaires du côté gauche s'accentuent, les râles s'humidifient, foyer très étendu dans l'aisselle. Le cœur est assez calme en ce moment à la suite d'administration de macération de digitale (0,10) pendant trois jours.

Le cœur de la femme faiblit, les lésions pulmonaires s'étendent et la grossesse n'étant qu'à 5 mois, la crainte des accidents et le mauvais état général, M. Brindeau décide de pratiquer une césarienne vaginale.

Intervention. — Sous chloroforme. Dilatation du col jusqu'au n° 12, bougies de Hégar. Saisie de la lèvre antérieure du col entre deux pinces à griffes. Décollement aux ciseaux du cul-de-sac antérieur. Le décollement se fait très facilement. Incision verticale sur la paroi antérieure du col sur une longueur de 8 centimètres environ. On aperçoit la poche des eaux qui bombe, on rompt les membranes et l'on abaisse un pied du fœtus qui se présente par le siège. Extraction facile du siège et du tronc. La tête retenue dernière est perforée aux ciseaux; on extrait la tête par expression, on fait la délivrance artificielle. Après la délivrance on s'aperçoit que l'incision s'est prolongée du côté

droit, l'utérus saigne beaucoup, on le tamponne pendant que l'on fait les sutures au catgut on s'aperçoit qu'une artère vaginale assez volumineuse saigne à gauche, on essaye de la lier sans résultat; on place une pince à demeure. On termine la suture du col et l'on tamponne le vagin.

Fœtus, 490 grammes; placenta, 180 grammes.

Suites opératoires. — 24 juillet: on retire la gaze utérine imbibée de sang noirâtre mais sans odeur. La plaie cervicale est en bon état; on laisse encore la pince à demeure. Injection vaginale iodo-iodurée. Léger tamponnement vaginal.

Suites opératoires normales. M. Brindeau examine la malade le huitième jour; il constate que les sutures du col, n'ont pas tenu.

Observation VIII

(Brindeau)

La femme C... (n° 1064 du registre d'accouchement de 1910), entre à la clinique Tarnier (service du professeur P. Bar) le 19 août 1910. C'est une primipare de 31 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Femme de taille moyenne ne présentant rien de particulier à signaler du côté du squelette.

Dernières règles du 20 au 25 octobre. Grossesse à terme. Au début de la grossesse, douleurs rhumatismales dans les bras et les jambes avec œdème. Régime lacté. Les urines examinées ne contiennent pas d'albumine.

Le 15 juillet, la malade vient à la consultation, l'enfant se présente par le siège; M. Brindeau fait la version par manœuvres externes et la malade repart chez elle le 2 août.

Le 19 août revient à la clinique, admise au dortoir.

23 août : la femme entre en travail. Contractions efficaces.

A midi : tête à gauche ; battements de cœur bons.

Dilatation 1 franc ; orifice épais, la tête appuie mal sur le col. Contractions irrégulières.

6 h. 30 du soir : température 38°7 ; les contractions sont très régulières.

9 heures du soir : contractions très douloureuses ; morphine, un demi-centimètre cube.

25 août, 1 heure du matin : dilatation 1 franc, orifice toujours épais. L'enfant rend son méconium.

10 heures matin : M. Brindeau examine la malade, il trouve un col dur très résistant, dilaté comme 5 francs, paraissant œdématié. L'enfant a perdu son méconium très fétide, les bruits du cœur sont sourds. On se décide à pratiquer la césarienne vaginale de Dührssen.

Intervention. — Iodage du vagin : deux pinces à griffes sur la lèvre antérieure ; deux pinces à griffes sur la lèvre postérieure ; valves.

On s'aperçoit en mettant les pinces que le col est très friable et saigne assez facilement. On décolle le cul-de-sac antérieur au vagin. Le décollement se fait avec une très grande difficulté et le segment inférieur est extrêmement aminci. Il se déchire en avant.

Incision de la lèvre antérieure sur une longueur de 10 centimètres. Incision semblable sur la lèvre postérieure (celle-ci du reste est beaucoup plus résistante).

On enlève les pinces à griffes, les valves, et on pratique le toucher. La vulve et le vagin sont très étroits. On arrive très facilement sur le promontoire qui fait une saillie sur laquelle la tête vient buter.

Sa dilatation paraissant suffisante on essaie d'appliquer le forceps en oblique sur la tête en G A.

L'application des branches est facile. On suit avec le doigt les progrès de la tête, cette tête n'a aucune tendance à s'engager malgré les tractions vigoureuses de M. Devraigne.

On ausculte, les bruits du cœur déjà modifiés précédemment ne sont plus perçus maintenant.

Perforation de la tête avec le perforateur de Blot.

Application du crânioclaste la branche fenêtrée étant placée sur la face. Pendant les tractions, voyant que la face s'arrachait, on replace la pince du côté opposé (occiput). On extrait la tête assez difficilement à cause de la rétraction du vagin et de la vulve. Difficulté assez grande pour l'extraction des épaules. Application d'un crochet sur l'épaule postérieure. Délivrance artificielle.

L'utérus très mou, saigne assez abondamment. Tamponnement utérin sans lavage préalable. On abaisse ensuite très facilement le col et l'on s'aperçoit qu'il s'est produit une petite déchirure secondaire à gauche.

Suture des incisions à la soie. Cette suture est rendue très facile par l'abaissement du col; suintement en nappe.

La femme a perdu une quantité de sang qu'on peut évaluer à 200 grammes environ pendant l'incision mais une fois que le fœtus a été extrait on s'est rendu compte que les incisions du col donnaient peu de sang. Le liquide amniotique était très fétide. Après l'opération on fait 500 grammes de sérum en injection sous-cutanée.

Suites opératoires. — Le 26 août, à midi, on retire le tamponnement, il est extrêmement fétide.

Dans la nuit du 27 au 28 la malade ne peut uriner, elle est sondée le 28 à 7 heures du matin. On recueille environ 200 grammes d'urine claire.

M. Devraigne examine la malade, il constate que la vulve et le vagin sont le siège d'eschares grises nombreuses, fétidité extrême.

M. Devraigne fait monter la malade à l'isolement et ordonne de lui faire trois injections vaginales par jour.

Soir: petit frisson; température après 38°6.

Mauvaise nuit, insomnie, cauchemars.

29 août: même état général, ictère; la malade se plaint d'une courbature générale et d'une vive douleur dans la région sacrée, elle devient très agitée.

Lochies extrêmement fétides, noirâtres. Injection vaginale au sérum, mèche vaginale à la lacto-baciline, pansement renouvelé trois fois par jour. Eschares en mauvais état, des débris sphacélés tombent avec le liquide de l'injection. Constipation. Lavements qui donnent plusieurs selles.

Soir: même état, pouls 108.

Dans la nuit, douleurs vives du ventre.

30 août: La malade accuse les mêmes douleurs abdominales; à la pression on ne réveille pas la douleur, ictère très prononcé; elle est toujours agitée.

Examen au spéculum: les plaies vaginales et vulvaires se détergent; on gratte avec la curette, iodage, mèche vaginale stérile.

Injection à l'eau oxygénée, mèche vaginale renouvelée.

Soir: une cuillerée à soupe de chloral.

La malade ne repose pas, elle est très agitée, crie continuellement; vers 5 heures du matin, elle devient plus calme, elle tombe dans le coma, elle ne répond plus aux questions posées; respiration saccadée, de temps en temps la malade pousse quelques cris.

31 matin: Injection d'eau oxygénée, pansement vaginal.

Les urines recueillies à la sonde sont noirâtres, puis sanglantes à la fin de la miction.

La température s'abaisse à 36°, pouls aux environs de 100.

La malade a entièrement perdu connaissance, les yeux sont fixes, les pupilles dilatées, la bouche ouverte, jette parfois quelques cris; la respiration normale; elle fait quelques mouvements saccadés des membres supérieurs.

Toute la journée la malade reste dans le même état.

Soir: Température 36°2, pouls 104.

La malade ne fait plus de mouvements, yeux toujours fixes, par instant la respiration est un peu gênée, bruyante, puis redevient normale.

11 heures soir: Même état. Coma profond, pouls 100, bien frappé et régulier.

Minuit: Sa respiration devient moins régulière, elle semble interrompue par instants pour reprendre très bruyante, le pouls faiblit, mais est aussi rapide, puis petit à petit il devient irrégulier et imperceptible.

La malade succombe à minuit 30.

Autopsie. — On est frappé par la coloration ictérique très intense des téguments et des muqueuses; pas de traces d'hémorragie sous-cutanée ou sous-muqueuse.

A l'ouverture du thorax, rien d'anormal, cœur et poumons ne présentent rien de particulier, pas d'adhérences pleurales, pas de liquide dans la plèvre, rien dans le péricarde.

A l'ouverture de l'abdomen, estomac et intestins très dilatés par les gaz.

Absolument aucune réaction péritonéale, ni adhérence, ni liquide dans les culs-de-sac.

Le foie est de volume normal mais de couleur jaune verdâtre, et très friable: on en prélève pour l'examen.

Les reins sont très congestionnés, se décortiquent très facilement, substance corticale jaunâtre.

On trouve dans la substance corticale du rein gauche un noyau irrégulier sous-capsulaire, jaunâtre ne criant pas sous le couteau, paraissant être macroscopiquement un noyau cicatriciel; ce noyau est prélevé pour l'examen.

L'utérus est gros à l'ouverture, purée infecte l'envahissant tout entier, col nettement sphacélique, aucune trace de réunion sus-vaginale, sauf un catgut dans la zone sphacélique, mais le doigt, introduit dans la partie laissée avec le vagin, perçoit les sutures.

Au cours de l'autopsie, du côté vésical on trouve une certaine quantité de liquide sanglant.

RESULTATS
DE L'OPERATION CESARIENNE VAGINALE

Nous ne devons pas considérer seulement l'opération césarienne vaginale en elle-même comme nous l'avons fait jusqu'ici, mais aussi ses résultats immédiats et à distance.

Dans les deux observations inédites que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Delmas, les résultats immédiats tant pour la mère que pour l'enfant ont été excellents, mais nous ne devons pas nous en tenir à ces succès et envisager les résultats fournis par les divers auteurs.

Dührssen donne à la fin de l'article du traité de Winckel, sur la césarienne vaginale, article écrit par lui-même les résultats suivants, 28 cas de mort pour 201 opérations conservatrices, soit au total 13,3 0/0 de décès. Sur ces 28 décès, 15 femmes succombent du fait de l'éclampsie, 10 autres de maladies diverses, maladies de cœur, septicémies, pyélo-néphrites, etc., une infectée par de trop nombreuses tentatives de dilatation, une par septicémie.

Parmi les opérateurs français, outre nos deux observations originales, nous pourrions citer deux cas de Fabre, rapportés dans la thèse de Risser, l'un avec mort de l'enfant pour décollement du placenta normalement enserré

après insuccès des moyens classiques de dilatation. L'autre avec succès pour la mère et l'enfant, chez une cardiaque au neuvième mois de la grossesse et les observations ci-dessus rapportées.

En somme, il faut tenir compte quand on juge l'opération césarienne vaginale, non seulement du risque inhérent à l'opération qui est minime quand l'intervention est conduite par un bon opérateur, mais aussi du risque inhérent à la complication qui a nécessité la rapide évacuation de l'utérus. Dans l'éclampsie, la majorité des auteurs est d'accord pour considérer la terminaison de l'accouchement comme désirable. Dührssen fait même de son opération un moyen de traitement de l'éclampsie. Néanmoins les accès éclampsiques peuvent continuer même après l'accouchement et dans ces cas l'aggravation de l'état de la malade ne peut pas être attribuée aux méthodes opératoires employées. Il en est de même chez les cardiaques et chez les tuberculeuses qui peuvent succomber à leur maladie sans que l'opération pratiquée puisse en quoi que ce soit être incriminée.

Ces quelques considérations posées, la mortalité de la césarienne vaginale serait en bloc de 1 à 2 p. 100 d'après la statistique de Hauch, de 4,4 p. 100 d'après celle de Péterson, M. Bar, dans la dernière édition de son traité, donne d'ailleurs pour la césarienne abdominale d'après la statistique de divers auteurs, le chiffre de 6,32 comme mortalité maternelle ; ce chiffre est nettement supérieur à celui de la mortalité de la césarienne vaginale.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans envisager l'avenir obstétrical d'une femme qui a subi la césarienne vaginale. Nous manquons sur ce point de documents précis. On ne peut admettre *a priori* disent dans leur rapport en 1912, MM. Bar et Commandeur, que ces femmes n'aient

rien à craindre pour leurs accouchements ultérieurs. Sans doute il existe des faits où ces derniers furent faciles. Mais ils sont trop peu nombreux pour qu'on puisse porter un jugement.

Daels (au sujet de l'éclampsie et de son traitement, Dissertation de l'Université de Gand, 1910), a cherché à résoudre la question en faisant une enquête auprès de 60 femmes ayant subi antérieurement l'opération césarienne vaginale. 27 seulement donnèrent des renseignements; ces 27 femmes ont eu huit grossesses, dont sept se terminèrent par avortement spontané, la huitième accoucha prématurément à huit mois d'un enfant mort.

Ces résultats sont peu concluants, et ce qui importerait surtout serait de savoir si les cicatrices consécutives aux incisions ne sont pas susceptibles de déterminer des cas de dystocie, ce que la statistique que nous citons ne dit pas.

Cependant, quand la réunion des plaies cervicales et utérines s'est effectuée régulièrement, ces plaies peuvent très bien ne pas laisser de trace et par conséquent ne modifier en rien la structure du col. C'est d'ailleurs ce qui paraît être réalisé dans la première de nos opérations, où les deux incisions n'ont laissé que deux cicatrices linéaires mais souples.

CONCLUSIONS

I

Non sans raison l'opération de Dührssen reçut en France un accueil plus réservé et plus prudent qu'en Allemagne. Elle mérite cependant d'être retenue et peut dans certains cas bien déterminés rendre de réels services surtout comme procédé dans l'accouchement méthodiquement accéléré.

II

Chaque fois que du fait de l'état de la femme, la césarienne abdominale sera contre-indiquée et que l'état du col rendra dangereux ou impossible les divers procédés de dilatation, la césarienne vaginale trouvera son indication quand l'évacuation rapide de l'utérus sera nécessitée, pour sauvegarder soit la mère, soit l'enfant: éclampsie, hémorragie rétro-placentaire grave, tuberculose, cardiopathies, procidence du cordon, mère morte ou agonisante.

Dans les cas de cancer de placenta prœvia et de viciation pelvienne, on préfèrera les opérations par voie abdominale.

III

La technique de l'opération césarienne vaginale semble définitivement réglée. Episiotomie si besoin est, abaissement du col, colpotomie, hystérotomie antérieure et postérieure, décollement des culs-de-sac vésico-utérins et de Douglas, et surtout de la vessie en avant, extraction du fœtus et restauration des plaies cervicales et périnéales. L'introduction préalable d'un ballon de Champetier (la métreuryséo-hystérotomie) rendra de grands services, non seulement pour l'abaissement du col, mais encore dans l'exécution des incisions cervicales.

IV

Divers accidents peuvent compliquer la césarienne vaginale: l'ouverture du péritoine et l'infection de cette séreuse qui peut lui succéder, les déchirures utérines et les lésions vésicales, mais ils sont peu fréquents avec une bonne technique.

Il s'en suit que l'hystérotomie vaginale est une opération à allure chirurgicale et qu'elle ne doit pas être entreprise en dehors de certaines conditions d'éducation chirurgicale, d'assistance et de milieu.

V

Ces réserves faites, les résultats opératoires de la césarienne vaginale, au point de vue maternel et fœtal sont ordinairement bons. Il ne semble pas que les cicatrices

provenant de cette intervention constituent une cause de dystocie pour les autres accouchements.

En somme, dans les cas où elle est nettement indiquée, la césarienne vaginale peut rendre d'indiscutables services, mais les difficultés très réelles de cette intervention, surtout entre des mains peu exercées, exigent de n'y faire appel qu'avec circonspection.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 juin 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juin 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !